CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. U. DI PISA (PROF. A. DUCREY)

SULL' IPERCHERATOSI ECCENTRICA

NUOVO CONTRIBUTO

PEL

Dott. EMILIO RESPIGHI

aiuto e libero docente

MILANO

TIPOGRAFIA FRATELLI RIVARA

1895

CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. U. DI PISA (PROF. A. DUCREY)

SULL' IPERCHERATOSI ECCENTRICA

NUOVO CONTRIBUTO

PEL

DOTT. EMILIO RESPIGHI

aiuto e libero docente

MILANO

TIPOGRAFIA BORTOLOTTI DEI FRATELLI RIVARA

1895

Nel mio precedente lavoro in argomento, intitolato: *Di una iperche-ratosi non ancora descritta* (1) io portavo la storia di sette casi, due dei quali studiati, pure dal prof. Mibelli, che li pubblicò assieme ad un terzo nel suo: *Contributo allo studio della porocheratosi* (2).

In allora io accennai all'esistenza di un altro caso, che un collega avrebbe constatato in provincia di Lucca e riconosciuto identico a quelli già da me studiati, in seguito all'avergli io presentati dei pezzi di cute interessati da lesioni, che caratterizzano tale malattia. Vivendo quest'ultimo paziente buona parte dell'anno in Corsica, ancora non mi fu dato vederlo.

La fortuna però mi portò ad osservare, pure della provincia di Lucca, un nuovo caso, di cui è soggetto la presente comunicazione. E valendomi della circostanza, per la parte che mi spetta, risponderò alla critica, di cui il prof. Tommasoli volle onorare il mio lavoro, nel mentre esso faceva la critica di quello del prof. Mibelli.

* * *

Storia. Simonetti Raffaele, da Aquilea, presso Ponte a Moriano, del Comune di Lucca, d'anni 66, celibe, passò tutta la sua vita in questo paesello, esercitando il mestiere di bracciante, se si eccettui che da vent'anni, quando già l'affezione attuale era iniziata, andò cinque o sei volte a Marsiglia, per la durata di dieci, dodici, quindici mesi ciascuna, esercitandovi il mestiere di facchino del trasporto delle pietre al porto

Non sa se gli avi paterni e materni e gli zii abbiano sofferto di questa o di altre malattie cutanee. Asserisce che la madre non presentava punto di tali manifestazioni, non così il padre, che avrebbe sofferto di varie chiazze analoghe alle sue ai piedi, sì alle piante che

---

(1) Questo stesso Giornale, anno 1893, fasc. III, p. 356.

(2) Id., p. 313.

al dorso di esse, di cui alcune lo molestavano molto nel cammino, specie colla calzatura. Otto fratelli morirono parte ancora bambini, e di essi nulla sa; due morirono nell' età dai venti ai tren'anni. Tanto di questi ultimi che dei tre viventi sa dire che mai soffersero di malattie cutanee.

Di sè riferisce, che fu di costituzione robusta, come ne fa fede il suo stato attuale, e che non ricorda di aver sofferto malattia alcuna fatta eccezione di una blenorragia uretrale all'età di trent'anni e senza complicazioni.

La malattia, che, sparsa, lo molesta solo nelle parti interessate della cute dei piedi e per la qual cagione ricoverò in questa Clinica, risale a circa quarant'anni, rimanendo però limitata, per trent'anni circa, ad una sola chiazza callosa alla pianta del tallone sinistro. In questi ultimi dieci anni il Simonetti notò successivamente ed a lunghi intervalli l'insorgenza di rilievi callosi, o meno, che man mano lentissimamente, ma quali più quali meno, andavano allargandosi, alle piante, al dorso dei piedi, ad alcuni spazi interdigitali di questi, al dorso delle mani, alle natiche; e negli ultimi due anni al lato palmare di alcune dita, al viso ed al tronco. Non sa dire dell'epoca della comparsa delle chiazze allo scroto, non essendo stata chiamata la sua attenzione su di esse avanti il mio esame.

*
* *

Stato attuale. Il paziente è di costituzione robusta, a pannicolo adiposo e muscoli discretamente sviluppati, a scheletro regolare, ad organi interni in condizioni normali. Male si regge e peggio cammina, specie colla calzatura, pel dolore che gli arrecano alla pressione i rilievi callosi, che presenta alle piante ed ai lati del dorso dei piedi. Questi, del resto, per quanto meno, gli dolgono anche non assoggettati a pressione, determinandosi in essi sensazione di trafitture.

Le *lesioni cutanee* sono costituite:

I. In piccol numero da rilievi piatti, callosi brunicci, del volume di una piccola capocchia di spillo ad una lente, isolati o riuniti.

II. In massima parte da chiazze rotondeggianti, od irregolarmente ovali o di forma bizzarra.

Di esse:

A) alcune, in genere guttate, hanno centro calloso, leggermente concavo, più o meno rilevato, diviso, a mezzo di uno stretto e profondo solco, da un piccolo bordo, che decresce verso la cute sana;

B) la maggior parte, delle dimensioni da un chicco di canape ad una moneta da due soldi, — hanno chiazza centrale a mosaico epidermico irregolare, più o meno atrofica, di colorito normale od ipocromico uniformemente o con tratti pigmentati in bruno, specie alla periferia, a sbocchi follicolari poco o punto appariscenti, talora però con peli bene sviluppati, — mentre, limitante la chiazza centrale, presentano un bordo, quasi un arginello, d'aspetto e consistenza cornea, appena sensibile od assai pronunciato, a seconda delle chiazze o dei vari punti di una stessa, bianchiccio o bruno, a sezione verticale

trasversa, conico, impresso quasi in tutte all'apice da un sottile solco, come tracciato dal bulino, e che qua e là accoglie nel suo mezzo una listerella cornea, la quale sorge dal fondo.

Sì il limite e il solco delle prime, che l'arginello e il solco delle seconde decorrono regolarmente o bizzarramente, policiclici o seghettati. In poche di queste ultime rilevasi un legger grado d'iperemia al limite dell'arca centrale o all'esterno dell'arginello.

Notasi anche qualche chiazza callosa diffusa che solo apparentemente si discosta dalle sunnotate. Infatti allontanata a mezzo del rasoio la parte cornea superficiale, si presenta distinto il solco che caratterizza le altre.

Qualche chiazza anulare maggiore accoglie nella sua area centrale una o più chiazze anulari, guttate.

Distribuzione. Al cuoio capelluto si ha arrossamento roseo diffuso con pronunciata desquamazione pitiriasica senza nessun accenno a chiazze.

Al viso esistono alcune chiazze anulari, lenticolari, brune, pochissimo manifeste.

Rare chiazze lenticolari, rarissime guttate, sparse, si incontrano al collo, al tronco ed agli arti, in maggior numero e più spiccate agli inferiori.

Al polso destro esistono alcuni rilievi migliari non ombellicati.

Le chiazze più ampie e numerose si notano allo scroto ed al dorso e lati delle mani e dei piedi e loro dita. Allo scroto sono ad arginello appena sensibile alla vista ed al tatto e su base leggermente ipiremica, carattere che manca a quasi tutte le altre. Al dorso delle mani e dei piedi presentano arginello ben spiccato, duro, specie ai lati ed in corrispondenza della radice delle dita.

I rilievi callosi discoidali si notano solo al lato palmare della mano sinistra (in numero di cinque guttati) ed alle piante (tre al piede sinistro nei tre punti d'appoggio del piede ed uno al destro al calcagno). In quelli della mano rilevasi distintissimo il solco periferico, in quelli delle piante, che apparivano quasi, come callosità diffuse, mi convenne esportare col rasoio buona parte dell'ammasso calloso ed in allora il solco mi apparve distintissimo.

Tre chiazze ad arginello sono degne di nota, perchè interessanti la matrice e il letto ungueale o solo il letto in parte od in toto, e così interessano in parte il letto quella al lato esterno della falangetta dell' indice, e dell'anulare sinistro, in parte letto e matrice quella del lato interno del primo dito del piede pure di sinistra, in toto invece quella del dorso della falange ungueale del quinto dito dello stesso piede. L'unghia dell'ultimo è inspessita, opacata e deformata in totalità, mentre la lamina ungueale delle altre due dita ora nominate è alterata solo corrispondentemente alla porzione di matrice e di letto interessato e presentasi inspessita, opacata e a spiccate solcature longitudinali.

Non havvi ingorgo di ganglii. Le mucose accessibili non sono interessate. L'esame degli organi interni riesce negativo.

*
* *

Esame microscopico. Ho esportato dal dorso della mano e del piede sinistro alcuni pezzetti di cute a tutto spessore interessanti un tratto d' arginello di chiazze anulari con porzione limitrofa dell' area centrale e della cute sana all' intorno. Ci dice l' infermo che l' affezione prese ad interessare il dorso delle mani e dei piedi circa dieci anni fa, ma non possiamo sapere a quanto tempo risalga l' inizio delle chiazze di cui ho esportata una parte, e molto meno ci riesce rilevare l' età dell' arginello, originato dalla lentissima progressione eccentrica delle chiazze.

Sfortunatamente di *rilievi papuloidi migliari* (forma iniziale), mi riuscì esportarne solo uno, e quell' uno mi si sciupò nelle manipolazioni. Nè mi fu dato togliere porzione periferica di chiazza interessante un letto ungueale, che sappiamo dall' esame clinico presentare un solco completo in continuazione con quello del resto della chiazza esistente all' esterno del letto sulla superficie libera.

I pezzi furono fissati rispettivamente nell' alcool assoluto, nel liquido del Flemming, di Kleinemberg, e colorati in massa con carminio alluminoso o in sezione con saffranina. Le inclusioni furono tutte fatte in parafina.

Già nel mio primo lavoro mi convinsi della necessità assoluta dei tagli in serie, ciò che mi studiai di ottenere rigorosamente in questo nuovo studio.

Aggiungo che, essendomi già occupato piuttosto in esteso nella pubblicazione precedente di questa parte, alcune cose appena io ora toccherò per intrattenermi meglio di altre, che possono presentare maggior campo alla discussione.

Ripeto che non mi fu dato studiare in questo caso alcun rilievo papuloide migliare, e che il mio studio si dovette limitare all' arginello e parti prossime di chiazze anulari, escluso il limite di chiazze sottoungueali.

Le sezioni dei pezzi fissati nel liquido del Flemming in corrispondenza dell' arginello presentano un po' più sviluppati i due strati osmici, ma sviluppatissimo lo strato corneo medio. All' osmico superiore sovrasta uno straterello rilassato. Mentre poi l' osmico superiore, pur seguendo l' irregolarità degli strati sottostanti, non presentasi molto ondulato, l' osmico inferiore, staccandosi bruscamente da esso per sviluppo rilevante dello strato medio, in tutta la larghezza dell' arginello, che è di sei, otto, dieci o più papille e zaffi papillari, presenta una linea assai sinuosa, specie alla parte mediana, nel qual punto la sua postura è assai bassa entro un unico o entro due o tre ampi profondi ed irregolari zaffi.

Rileviamo come spesso gli strati osmici sieno quivi interrotti da una listerella centrale, che, sorgendo dal fondo dell' unico o da uno degli ampi zaffi, retta, curva od ondulata attraversa, da essi disgiunta

(solco), tutti gli strati cornei ed a pennacchio si solleva più o meno sulla superficie libera (pennacchio o listerella del solco). Tale listerella presentasi composta di cellule fusate, a postura orizzontale, le quali, a differenza di quelle degli strati cornei circumambienti, sono fornite di numerosi granuli e spesso di distinti nuclei o di distinte traccie di nuclei, gli uni e gli altri ben colorabili fino alla superficie libera. Di solito la listerella è unica, pur trovandosi in numero di due a tre i zaffi ampi, mentre negli altri le traccie dei nuclei e i granuli colorabili o meno si trovano in tutte le cellule cornee, che li riempiono, fino ad una discreta altezza.

Lo strato lucido è normale, o qualche poco più sviluppato.

Il granuloso, mentre è più sviluppato, pur entro all'arginello, sovra le papille ed i zaffi, sia verso l'area centrale che verso la cute periferica, nelle ampie insenature è assai ridotto e talora par manchi completamente.

Lo strato spinoso si comporta analogamente al granuloso, riducendosi assai negli ampi zaffi a due o tre ordini cellullari ed a cellule basali non distintamente cilindriche. Troviamo così che gli strati granuloso e spinoso si comportano in parte oppostamente allo sviluppo del corneo sovrastante.

Nello strato spinoso le cellule riappaiono normali, e solo poche in cariocinesi. Il sistema lacunare intercellalare non è dilatato, nè incontransi in esso cellule migranti.

La necessità dei tagli in serie appare qui manifesta. Da essi si rileva come centralmente alla sezione trasversa verticale dell'arginello, per es.: — nei primi si veda un solo ampio zaffo con la nota listerella, nei successivi a questo se ne aggiunga un secondo con cellule cornee a nuclei e granulazioni; — in altri ancora si annetta un terzo zaffo coi caratteri del primo o del secondo — che tutti e tre si fondano in tagli successivi in un unico ampio, il quale da un lato presenta la ~~sua~~ surricordata listerella e termina o meno con un tubulo epiteliale intradermico indubbiamente di ghiandola gomitolare; mentre dall'altro lato abutisce ad un altro prolungamento epiteliale, che, percorso da un pelo o peluzzo mette capo ad un follicolo o ad una ghiandola acinosa, talora assai sviluppata. — In tagli ulteriori l'ampia insenatura si restringe o si sdoppia per interposizione di una papilla, e così di seguito. Mi è mancato il più spesso a tale insenatura un vano con andamento a cavaturacciolo nello strato corneo di solito ripieno. Anche nello strato di Malpighi spesso pure dopo molti e molti tagli non ho incontrato un lume od in continuazione di esso un dotto epiteliale ben manifesto intradermico da poter ammettere senza esitanza che mi trovavo in presenza di un zaffo interpapillare appartenente ad una ghiandola tubulare; mentre poi che zaffi di tali ghiandole normali li incontravo nelle prossimità. Nè valeva a farmelo supporre tale la listerella cornea più volte citata, constatando con mia sorpresa come essa potesse metter capo anche in un dotto di ghiandola acinosa.

La forma di tali ampli zaffi è varia, o conica o cilindrico-emisferica, retta o ricurva sull'asse, od affatto irregolare, ampia, quasi ad estremo dermico piatto, e dalla confluenza di più sfondi.

Le papille, che fiancheggiano i zaffi o s'interpongono tra essi, sono di solito più sviluppate delle lontane, sono cilindro-coniche, rette o ricurve; ed il piano della loro base che è quello dell'estremo dermico del zaffo o dei zaffi ampli racchiusi è di solito assai più basso di quello delle papille e dei zaffi circostanti, specie delle papille e dei zaffi, che stanno verso la cute sana, i quali tutti pur entro i limiti dell'arginello sono più sviluppati del normale, ma piuttosto stretti e di forma a sezione verticale triangolare.

Il connettivo papillare e sottopapillare presenta vasi sanguigni ampli con cellule d'infiltramento perivasale, qua e là piuttosto pronunciato, in rapporto collo sviluppo dello strato corneo sovrastante. L'infiltramento incontrasi anche più o meno profondamente nel corion lungo i dotti delle ghiandole tubulari ed acinose, che immettono in zaffi interessati dal processo di cornificazione. Le ghiandole tubulari possono nel lume del loro dotto presentare dilatazioni fusiformi certo in dipendenza dell'otturamento del loro sbocco, e forse delle modificazioni del connettivo in attorno, come ebbe ad esporre il Prof. Mibelli. Pure le acinose libere interessate presentano dilatazione del lume del dotto ripieno di epidermide cornea, nonchè aumento del volume del corpo. I follicoli piliferi liberi o satelliti di rado subiscono modificazione, consistente in atrofia.

Nella porzione centrale delle chiazze anulari lo strato corneo è in toto o qua e là aumentato; normale o più sottile lo strato di Malpighi; il corpo papillare vi è deformato, ridotto ad ondulazioni o a papille e zaffi stretti e conici e qua e là ad ampi e profondi zaffi a centro corneo in cui si riesce a constatare o meno l'immissione di una ghiandola. Il connettivo vi è stipato con pochi elementi fissi e qua e là con infiltramento tenue parvicellulare là dove esiste maggiore lo sviluppo dello strato corneo.

Riguardo ai rilievi papuloidi iniziali non avendo osservazioni nuove mi debbo per necessità riportare a quanto già pubblicai, che del resto ripete quasi rigorosamente quanto si osserva nelle sezioni trasverse dell'arginello delle chiazze anulari. Sarà però sempre interessante ripetere l'esame di queste parti per accertare se o meno il processo abbia sempre per punto di partenza uno sbocco ghiandolare.

Lo studio delle chiazze sottoungueali mi è giuocoforza rimetterlo.

*
* *

Diagnosi. Ci sta dunque dinanzi una affezione, che clinicamente è caratterizzata

A) da rilievi *papuloidi*, migliari, brunicci, d'aspetto e consistenza cornea;

B) da rilievi discoidali, rotondeggianti, a forma bizzarra, — quali ad area centrale callosa, limitata da un solco ben distinto, il bordo esterno del quale decresce verso la cute sana in attorno (solo alcuni pochi rilievi diffusi non presentano il noto solco, che dopo la rimozione degli strati superiori cornei); — quali ad area centrale atrofica limitata da un arginello, all'apice del quale decorre, di solito non interrotto, un solco più o meno visibile. Qua e là appare nel solco

sì delle une che delle altre un pennacchio, una listerella cornea. — L'area centrale delle prime, in uno al rilievo che limita esternamente il solco loro, nonchè l'arginello delle seconde e i rilievi diffusi sono d'aspetto e consistenza cornea.

Mancano fenomeni congestivi in quasi tutti i rilievi ed, allontanato quanto è possibile dell'ammasso corneo, la superficie sottostante appare di colorito normale.

In esse non notansi, nè mai notaronsi durante la degenza di tre mesi in Clinica, desquamazione, vescicole, pustole od ulcerazioni, anche dopo applicazioni di pomate o plaster all' acido salicilico o crisofanico ad alta dose. La causticazione al Paquelin piuttosto profonda dell'arginello di alcune chiazze anulari, fatta a scopo curativo, non riescì ad impedire il riformarsi di esso.

La sede loro prevalente è alle estremità degli arti, in questo caso con poca preponderanza al lato estensorio, con maggior sviluppo però dell'ammasso corneo nei punti che subiscono maggior pressione ed attrito.

Come nei casi già studiati non si rinvengono interessate le mucose visibili.

L' insorgenza dell'affezione fu a 26 anni d' età del paziente, quindi quarant' anni addietro, con lentezza straordinaria di sviluppo delle singole lesioni e con aumento lentissimo di esse in numero, senza forse che qualcuna siasi risolta, per quanto l'area cenrale atrofica, che esiste nella maggior parte delle anulate stia ad indicare una risoluzione, risoluzione che sappiamo avvenire in tante forme cutanee, riconosciute parassitarie o meno.

Havvi quasi mancanza di fenomeni subbiettivi, tutto limitandosi a dolore alla pressione verticale o laterale di alcune callose, o a leggero dolore trafittivo di alcune dei piedi, come ha luogo nei calli comuni.

I caratteri, qui riassunti, ripetono con grande fedeltà quelli, che furono riscontrati nei pazienti, soggetto della mia precedente comunicazione.

In quest' ultimo caso però non ho riscontrato rilievi migliari ad ombellicatura puntiforme con o senza pennacchio centrale, a punticino centrale nero o a peluzzo o pelo ben sviluppato, quali si notavano, rari del resto, in qualcuno dei casi già studiati; — nè ho assisisto alla caduta dell'ammasso corneo centrale di chiazze discoidali callose, che le tramutasse in chiazze anulari ad arginello. Conscio però del fatto e ritornando sui casi precedenti, ho creduto pel presente di rendere più semplice la descrizione clinica col ridurre a due le *forme*, che io con soverchio dettaglio avevo precedentemente presentate in numero di cinque.

Concludevo nel primo studio, e concludo qui ora senza dilungarmi:

I. Che le chiazze anulate maggiori debbono ritenersi originate — quali da più chiazze minori, che, aumentando centripetamente, abbiano

confluito, scomparendo l'arginello nei punti di contatto, — quali da chiazze singole minori, che si siano dilatate irregolarmente nella loro periferia.

II. Che le minori anulate siano a lor volta derivate dai rilievi emisferici o conoidi migliari.

Nel mio lavoro precedente ho esposte le ragioni, desunte dalla clinica, quali: l'aspetto *sui generis* delle lesioni elementari, la figurazione che assumono allargandosi, la sede prevalente, la disposizione, l'epoca d'insorgenza, l'andamento, — per distinguere questa dermatosi dalle ipercheratosi palmari di Unna, Besnier, Claisse ed Hallopeau (1) e per escluderla dal novero delle ittiosi parziali, localizzate, istricee o meno, o certo dalle forme d'ittiosi quali furono fino ad oggi illustrate da Kaposi (2), da Philippson (3), da Koren (4), da Cutler (5), ed aggiungo ora da Butruille, che trovo riferito dal prof. Mibelli (Ichthyosis hystrix nigricans.... *Ann. de Derm. et de Syphil*, 1889, p. 758), alcune delle quali furono poi da altri ascritte tra i *nei* (6) (*nei cheratosici sistematizzati*). E da questi per le stesse ragioni la distinsi, non che

---

(1) Unna: « Uber das Keratome palm. u. plant. hered. » *Viert f. Dermat u. Syph.* 1883. — Kaposi, Trad. p. Besnier, 1891. T. II, pag. 40 o 60 nota. — Hallopeau e P. Claisse: Soc. Fr. de Dermat. 1891.

(2) Kaposi, Trad. p. Besnier, V, II. p. 61.

(3) Philippson: « Ichthyosis cornea (s. histrix) partialis ». — *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1890, Bd. XI, n. 8.

(4) A. Koren: « Foredrag. i det. medicinske selskab den 24 d'aprile 1889 » riportato nel Kaposi, trad. del Besnier, V. II, p. 61 nota.

(5) Cutler: « Ichthyosis linearis nevropatica » *Journal of cut. and. gen. urin. dis.*, 1890, 133.

(6) A proposito di *Nei* io nel mio lavoro: « Sulla trasformabilità dei Nei in Tumori maligni » (*Giornale It. d. M. Vener e d. pelle*, marzo 1894) nel toccare delle *Ipercheratosi degli orifici sudoriferi*, di cui mi sono noti due casi ascritti fra i *Nei* rispettivamente da E. Besnier e da Hallopeau e P. Claisse (vedi n. 1), riferii il caso occorsomi di una bambina affetta da sifilide ereditaria. che presentava, ignoravasi se dalla nascita, cheratosi non figurata a rilievi conici alle palme e più specialmente alle piante, rilievi cui l'esame microscopico dimostrò effettivamente cornei incuneati negli sbocchi delle ghiandole sudorifere. — Nel porre il caso tra i Nei feci le dovute riserve ed ora me ne compiaccio, giacchè nell' ulteriore degenza nella Clinica parte della cute delle palme erasi fatta normale, successivamente le lesioni avevano quasi riguadagnato terreno; infine da ultimo la bambina, cui andai a rivedere e che, sia detto fra parentesi, ed in Clinica e fuori era stata ripetutamente sottoposta alla cura mercuriale e iodica, trovasi completamente libera da tali manifestazioni palmari e plantari, con scomparsa dell'arrossamento lividastro diffuso, che vi si accompagnava, e con miglioramento sentitissimo dello stato generale. La bambina, ho detto, è affetta da sifilide ereditaria, e non è improbabile, a mio vedere, come già a suo tempo espressi il dubbio, che tale *ipercheratosi dei pori sudoriferi* (*vera*

dalla *Porocheratosis scutularis di Unna* (1), e dalle verruche c. Analogamente debbo tenerla distinta dagli acrocheratomi di Neumann e Tommasoli, ricordati nel suo lavoro, per separarnela, dal prof. Mibelli, ma che io trascurai di porre a confronto. Così pure trascurai di porre in campo il *lichen planus* di W.'son, ma confesso che i caratteri clinici ed istologici della dermatosi da me descritta erano per me tali da allontanarmi assolutamente dal pensiero, che si avesse nei miei casi a che fare con questa malattia od una sua varietà. Il prof. Mibelli invece non mancò di far cenno nella diagnosi differenziale del *lichen planus*, ma solo dal lato istologico e precisamente per ciò che riguarda la compartecipazione degli sbocchi nelle ghiandole sudorifere, estendendosi poi alla parte clinica nel suo nuovo contributo, alla quale fu richiamato dalla critica, di cui ci ha favorito il prof. Tommasoli.

Il prof. Tommasoli infatti ammette che la dermatosi da noi studiata sia da identificarsi coll'*herpes cronicus* (1870) o *dermatitis circumscripta herpetiformis* (1875) di Neumann, dallo stesso poi riconosciuto corrispondere clinicamente ed anatomicamente al *lichen di Wilson*, per quanto, non so perchè, il prof. Tommasoli collochi i nostri casi e quindi i casi del Neumann nella categoria dei *pseudolichen*. Ma il prof. Tommasoli deve ormai essersi convinto, che identificazione della nostra malattia col *lichen planus* non può esistere, tante sono le differenze sì cliniche che istologiche, e così in questo e più specialmente nei casi del Neumann abbiamo a che fare con desquamazione, arrossamento, infiltrazione infiammatoria, predilezione di sede al tronco ed esclusione al viso, al cuoio, al collo, durata limitata delle chiazze che risolvono completamente, pigmentazione residuale cospicua e durata limitata della malattia, per quanto possa estendersi ad alcuni anni; finalmente prurito più o meno intenso.

Il prof. Tommasoli, per giungere alla conclusione che la malattia studiata dal prof. Mibelli e da me sia un pseudolichen, volle fissare l'attenzione sull'origine del processo, ch'esso cercò di dimostrare dermica.

A parte che, come già dissi, non condivida la sua opinione nel-

---

porocheratosi) sia dovuta alla infezione sifilitica. E a ritenere ciò m'incoraggia un caso analogo riferito dal Brocq nel suo *Traitement des maladies de la peau*, edizione II, 1890, pag. 377. E che la sifilide possa determinare produzioni cornee già da altri fu detto ed in proposito abbiamo una pubblicazione di G. Levin e I. Heller «*Cornua cutanea syphilitica*» nell'*Internationaler Atlas Seltener Hautkrankheiten*, VII, 1892.

(1) Unna: « International Atlas seltener Hautkrankeiten fur Morrow, P. G. Unna Leloir, Duhring », III, 1890 91.

l' ammettere come un pseudolichen la malattia, che sto studiando, non mi sento neppure di seguirlo circa l' interpretazione dell'origine di essa.

Nella mia pubblicazione precedente basandomi:

sul carattere clinico della mancanza di qualunque stato iperemico infiammatorio in pressochè la totalità delle chiazze, fin dal loro inizio al dire dei pazienti;

ancor più sull' ampio sviluppo dei noti zaffi insenati profondamente con papille laterali, sia pure di dimensioni assai superiori alla normale, ma a piano basale, in conformità dell' apice dei zaffi inclusi, sottostante a quello delle papille e dei zaffi in attorno;

nonchè sul modico infiltramento parvicellulare del corion, in rapporto del resto collo sviluppo dello strato corneo;

credetti di avere allo studio una *ipercheratosi originata dall' epidermide*, e cioè una *cheratodermia.*

E come allora, anche al presente dopo la critica del prof. Tommasoli, mi sento di poter venire alla stessa conclusione; nella quale mi trovo sorretto dal prof. Mibelli.

E che poi l' ipercheratosi sia preceduta da iperacantosi, come vorrebbe il prof. Mibelli, vi inclino a crederlo in base al maggior sviluppo dello strato di Malpighi, all' esterno degli ampi zaffi cornei, e quindi, perchè confinanti colla cute sana, prossimi ad essere invasi dalla discesa dello strato corneo in cui, col progredire eccentrico dell'affezione, verrà in processo a stabilirsi il noto solco.

Nel mio studio anteriore ho a lamentare di aver data troppo importanza all' interessamento che pigliano nell' ipercheratosi i zaffi, in cui immettono le ghiandole tubolari, per quanto già avessi insistito alla compartecipazione che hanno i zaffi corrispondenti alle ghiandole acinose in certe regioni, come il viso. L' osservazione attuale mi ha portato a riconoscere l' interessamento delle acinose anche in altre località, nonchè talora l' ipertrofia loro; inoltre la molto probabile formazione di ampli zaffi cornei anche in zaffi interpapillari comuni, in cui almeno mai mi riescì dimostrare l' imboccatura di un tubulo ghiandolare. E che debba essere così lo stanno a dimostrare l' andamento non interrotto dell' arginello delle chiazze anulari, del solco che decorre centralmente ad esso, della discesa cornea uniforme, ed ancora la presenza di chiazze o di porzioni di chiazze nel letto ungueale, che sappiamo sprovvisto di ghiandole di qualunque specie.

Del resto, a parte questo, ben si comprende, come la discesa dello strato corneo nei zaffi corrispondenti a ghiandole possa essere più

frequente e meglio risalti. Già sappiamo come *normalmente* gli strati granuloso e corneo discendano in tali zaffi, o in corrispondenza di essi, più che non al di sopra dei zaffi epidermici comuni.

Nel mio più volte citato lavoro a proposito dell' investigazione della causa mi esprimevo in questi termini:

« . . . . più seducente ci si presenta la supposizione di una causa parassitaria, sia pel modo di decorrere dell' affezione . . . . . sia pel molto probabile iniziare dell' epidermide. . . . . »

Ed il prof. Mibelli contemporaneamente scriveva:

« Non escludo *a priori* la possibile origine parassitaria delle lesioni stesse; la quale ipotesi merita considerazione tanto più oggi dopo la pubblicazione del prof. Campana di un caso di psorospermosi ittiosiforme (1892); sebbene sia costretto a dichiarare che tutte le mie ricerche in proposito dettero risultati negativi. »

Il prof. Ch. Audry, che ci fece l'onore di una sua recensione, considera la forma da noi studiata molto probabilmente di natura parassitaria.

Il prof. Ducrey infine, che ebbe a vedere questo ultimo mio paziente, emise esso pure il sospetto che si abbia a che fare con una malattia parassitaria, ed approvò quanto stavo facendo in questo intento.

Anzitutto le sezioni colorate con colori d' anilina non condussero fino al presente ad alcun risultato.

Nella supposizione però che l'affezione origini dall'epidermide limitai il mio studio quasi esclusivamente ad essa, se non che a nulla valsero tutte le mie ricerche; e cioè:

esame diretto delle squame, principalmente del solco, previo trattamento con etere e potassa caustica al 40 $^{0}/_{0}$ ed inclusione in glicerina;

culture delle squame in vari mezzi;

innesti della porzione epidermica di chiazze anulari su cute di alcuni individui, seguendo tutte le norme prescritte;

innesti dermo-epidermici su superfici granuleggianti (da precedente forma morbosa od artificialmente prodotte) di chiazzette anulari intere, compresa piccola porzione di cute sana, e quindi includendo l'arginello ed il solco, nell' intento di avere l' attecchimento loro e *successiva progressione eccentrica dell'arginello*, a cicatrice compiuta. E veramente la maggior parte degli innesti fatti anche su me stesso attecchirono, le piaghe cicatrizzarono, ma in processo scomparvero gli arginelli e i solchi e qualunque traccia del trasporto eseguito. — Comprendo che pur avverandosi la persistenza a lungo degli arginelli delle chiazze innestate, ma non effettuandosi la progressione eccentrica loro, potrebbe

pur sempre rimanere il dubbio della natura parassitaria della dermatosi, ammettendo che si opponga allo sviluppo lo stato cicatriziale periferico, per quanto sappiamo che ponno sorgere ripetutamente chiazze nell'area centrale atrofica di maggiori. Non varrebbe l'obbiezione della mancanza di sbocchi ghiandolari della cicatrice ambiente, sapendosi che chiazze dei polpastrelli nel loro progredire hanno invaso il letto ungueale.

Prevedendo le obbiezioni, io non credo di dare importanza, almeno per ora, al risultato positivo ottenuto dall' innesto sull' avambraccio dello stesso paziente colla sezione superficiale epidermica di una chiazza lenticolare anulare.

Confidiamo che persistendo nello studio si possa giungere ad ammettere od a negare una causa parassitaria. Ma, se pure si avesse ad escludere, io non saprei adattarmi a porre, come ammette il professor Tommasoli, questa dermatosi tra le sue *autotossiche*, e molto meno, per le ragioni addotte sulla compartecipazione, *punto esclusiva*, delle ghiandole tubulari, non saprei seguire il prof. Mibelli nella sua ipotesi, che l'ipercheratosi dello sbocco delle tubulari possa essere determinata da alterata secrezione del sudore.

*
* *

Denominazione. Nel redigere le prime storie non mi riescì di leggere nessuna relazione che si attagliasse ai casi miei. Interrogai in proposito alcuni dermatologi e così:

Il dottor Bertarelli, a cui mostrai pezzi di cute affetta, mi rispose di non aver mai riscontrata tale affezione. Il prof. Celso Pellizzari mi disse di averne visti due casi, di cui riconobbe l'importanza, sicchè pensò di affidarne lo studio al dottor Del Chiappa, cui sfortunatamente non riescì di seguirli, e cosi la pubblicazione non potè essere fatta.

Ciò mi persuase a intitolare come *non ancora descritta* la dermatosi in discorso.

Ed ancora nessuno dopo oltre un anno dalla mia pubblicazione, sorse a presentare casi nuovi o a far valere pubblicazioni antecedenti in argomento. Anzi Audry, prof. di dermosifilopatia a Tolosa, nel farci l'onore di una recensione nel *Midi, Medical* (1) dichiara di non possedere nessuna nozione personale relativa a questa dermatosi, ch' egli tuttavia considerava come estratta dal *caput mortuum* delle *pseudoittiosi*.

Georges Thibierge, nel fare la rivista dello studio del Prof. Mibelli

(1) Ch. Audry: « Sur une nouvelle variété d' hyperkeratose », (d'après E. Respighi et V. Mibelli). — *Le Midi mèdical*, 1893, p. 513.

e mio in argomento, scrive *(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894, N. 1): « .... il est indiscutable que cette affection mérite, en raison de ses lésions, une place à part dans le groupe des Keratoses ».

E *dermatosi ittiosiforme istricea* la intitolò il mio illustre maestro, prof. Domenico Maiocchi. E al gruppo delle *ittiosi parziali* vuole ascriverla il prof. Neumann, in proposito interrogato dal prof. Mibelli.

Finalmente da ultimo il prof. Ducrey dichiarò di non aver mai trovato alcun caso pur solo riavvicinabile clinicamente ai miei.

Dopo quanto ho sopra esposto, parmi che troppo non si debba insistere sull'interessamento dello sbocco delle ghiandole sudorifere, e quindi non convenga il titolo di *porocheratosi*, specie, senza alcun appellativo in aggiunta. Nè comprendo come a sostegno di tal nome il prof. Mibelli ricordi che « come vi è una malattia consistente principalmente nella ipercheratosi dei follicoli piliferi « la *cheratosi pilare* » così si possa ammettere esisterne una consistente principalmente nell'ipercheratosi dei canali sudoriferi ». Non comprendo, perchè la denominazione di *cheratosi pilare* è, direi, istologica e clinica ed ha il vantaggio di porci dinanzi agli occhi l'affezione. Ciò che non fa l'altra di *porocheratosi* alla malattia da noi studiata, anzi dirò che come allontana assolutamente.

Del resto il titolo da lui dato al suo lavoro in argomento: *Contributo allo studio della porocheratosi*, ha il torto di sviare affatto la mente dal concetto di una *malattia a sè*, come per me è senza dubbio la presente.

Col nome di porocheratosi intitolerei piuttosto i casi di cheratosi palmare e plantare di Besnier, Claisse ed Hallopeau, Brocq e mio, in cui si hanno sbocchi di ghiandole sudorifere dilatate a pareti cheratosiche o chiodetti cornei isolati infitti in detti sbocchi. L'esame del mio caso lo attesta. La dermatosi invece attualmente in discorso, dato pure che originariamente e sempre, ciò che è ancora a vedersi, cominci con cheratosi dei pori, le singole lesioni, aumentando alla periferia, invadono e sbocchi ed epidermide libera, dando luogo a chiazze anulate ad arginello corneo non interrotto, aspetto che assolutamente ci allontana dall'idea che ci vien data dal nome POROCHERATOSI.

Per dare quindi una denominazione clinica, a questa, che, a mio parere è una *dermatosi a sè*, ipercheratosica, iniziante dall'epidermide, e diffondentesi perifericamente con risoluzione centrale, ripeterò che dessa possa convenientemente essere chiamata: *Ipercheratosi* o *cheratodermia eccentrica*.